FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

PAR

CONSTANTIN NICOLOPOULO
Né le 10 Janvier 1862 (Constantinople)

SUR UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE LA SÉREUSE VAGINALE

Président : M. TILLAUX

Juges : MM. MONOD, professeur. JALAGUIER et LEJARS, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
PAUL DELMAR
29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en excercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET.	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER		VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS		WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent tre considérées comme propres à leu s auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

ευγνωμοσυιπς τόδε τευμήριον

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES MAITRES

Des Facultés de médecine de Paris
et de Montpellier.

A MES AMIS

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS

Professeur agrégé
de la Faculté de médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

SUR UN CAS

D'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DE LA

SÉREUSE VAGINALE

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail modeste, qui doit mettre fin à mes études médicales, qu'il me soit permis de rendre hommage à tous mes maîtres, à ceux de Montpellier où j'ai commencé mes études, à ceux de Paris où je vais les terminer.

A tous, j'adresse le témoignage de ma gratitude pour tous les conseils et les enseignements qu'ils prodiguent chaque jour dans leurs causeries au lit des malades, et dans leurs cours. Les connaissances pratiques que nous avons puisées à leur

école, nous rappelleront chaque jour leur souvenir.

Mon maître, Monsieur le D[r] Reclus, a particulièrement droit à ma reconnaissance ; il m'a toujours accueilli avec bienveillance et m'a confié la précieuse observation qui fait aujourd'hui le sujet de ma thèse, Puisse sa confiance ne pas être trompée ! J'ai fait tous mes efforts pour lui montrer que ses enseignements ne sont pas restés stériles.

J'ai eu l'honneur d'être l'élève de Verneuil, la mémoire de notre éminent et regretté maître nous sera toujours chère ; ce n'est pas sans fierté qu'en maintes circonstances nous nous réclamerons de lui.

Je suis heureux d'avoir pour président de thèse M. le professeur Tillaux : je me suis toujours considéré comme un de ses élèves les plus dévoués ; en tous cas, depuis de longues années, c'est à ses cliniques que j'ai puisé le meilleur de ce que je sais en chirurgïe. Qu'il veuille bien agréer l'expression de la reconnaissance de son élève respectueux !

MM. les professeurs Grasset, Tédenas, ont été mes premiers maîtres à Montpellier ;

qu'ils sachent qu'ils ont en moi un élève encore tout pénétré de leur souvenir et plein de gratitude pour l'appui qu'ils ne nous ont jamais refusé au début de nos études. A côté d'eux, dans notre mémoire, nous gardons une place à Messieurs les professeurs Combal, Castain, Lunegrasse, mes maîtres savants et regrettés.

Nous adressons tous nos remerciements aux internes de M. Reclus, M. Cange, qui a recueilli l'observation, sujet de ma thèse, M. U. Guinard, qui par ses conseils a bien voulu nous faciliter la tâche.

HISTORIQUE

L'observation qui fait l'objet de ce travail est, croyons-nous, unique. Malgré de patientes recherches bibliographiques, nous n'avons pu en découvrir de semblables. En vain, avons-nous feuilleté les bulletins des diverses sociétés et les multiples revues ; nos recherches sont restées infructueuses. Et ce fait s'explique.

Notre malade s'est présenté avec une hydrocèle à symptômes banaux ; la cure radicale a seule permis, par l'incision large de la séreuse, de découvrir l'épithélioma de la vaginale. C'est en quelque sorte une trouvaille d'autopsie. Si on considère que la cure radicale n'est pas pour l'hydrocèle chronique, le traitement adopté par tous, que cette opération appliquée à tous les cas par quelques-uns est de date relativement récente, que l'aveugle ponction, suivie de l'injection iodée,

est encore la règle pour beaucoup d'opérateurs, qu'il est bien rare, à moins que ce ne soit de parti prîs, que l'on incise à l'autopsie les hydrocèles que peuvent présenter les sujets, on comprendra que l'épithélioma de la tunique vaginale ait pu si longtemps rester ignoré.

La rareté d'observations semblables à la notre, n'enlève cependant rien à cette dernière de sa valeur scientifique. La lésion a été constatée macroscopiquement par M. le Dr Reclus, à qui les maladies de la tunique vaginale ne sont point chose étrangère. L'examen microscopique a été pratiqué par M. le Dr Pilliet, à qui personne ne peut contester la compétence en la matière. Aussi est-ce avec confiance que nous présentons notre observation ; elle est complète au point de vue anatomique au moins, et nous ne croyons pas nous abuser en espérant qu'elle contribuera à faire ouvrir un nouveau chapitre dans les affections de la vaginale.

La lésion qui nous intéresse, si elle occupe un siège non encore constaté dans l'économie, est cependant loin d'être inconnue dans sa nature histologique. Elle rentre dans la classe des *épithé-*

liomas de séreuse, créée en 1852 par Ch. Robin (1).

Sans avoir l'intention de faire dans ce court travail un historique complet de la question, nous demandons toutefois la permission d'en faire un résumé succinct.

La région crânienne semble être le lieu d'élection des épithéliomas des séreuses ; aussi les tumeurs de l'arachnoïde ont-elles servi à en créer la classe. Ces tumeurs étaient autrefois appelées *fongus* ou *tumeurs fongueuses de la dure-mère* ; elles sont de celles que Lebert a décrit sous le nom de *tumeurs fibroplatiques* ou *sarcomateuses de la dure-mère* ou *sarcomateuses intra-crâniennes* et Cruveilhier sous le nom de *fibrophytes de la dure-mère*.

En 1852, Ch. Robin reconnaît la nature épi-

---

(1). Littré et Robin. Dictionnaire de médecine. art. *Séreuse. Tumeurs* (Structure des). Edition 1855 et suivantes.

Robin. Programme du cours d'histologie. Paris, 1864, in-8°.

Ch. Robin. Sur l'épithélioma des séreuses (Journal de l'anatomie et de la physiologie, Paris 1869).

théliale de ces productions, et nous pouvons lire dans le Dictionnaire de médecine de Littré et Robin, 1885 (art. séreux) : « Les séreuses sont *par suite de la présence de leur épithélium sujettes aussi à l'épithélioma*... Les cellules offrent le même mode d'altération (excavations, corps granuleux, globes épidermiques nombreux), que dans les autres régions, mais avec des singularités d'aspect curieuses, tenant surtout à leur minceur, à leur transparence, etc... » Une nouvelle classe était créée.

En 1861, M. Potain décrit une tumeur épithéliale de ce nouveau genre dans les Bulletins de la Société Anatatomique ; à la même Société, en 1884, M. Bouchard présente un *épithélioma de séreuse de la dure-mère* et M. Hayem une tumeur de même nature. M. Lacrousille en présente une autre et, dans son rapport sur cette observation, M. Bouchard attire l'attention sur des dispositions et des altérations particulières des cellules épithéliales qui ont fait prendre ces éléments pour des corps fibroplastiques fusiformes : c'est, en effet, sous la rubrique de tumeurs fibroplastiques surtout formées de corps fusiformes que M. Hayem avait dans la même année et à la

même Société présenté deux cas de tumeurs épithéliales des séreuses.

L'existence des épitheliomas des séreuses était dès lors établie sur des faits nombreux et indiscutables.

Ch. Robin montra encore que ces tumeurs peuvent se développer aux dépens de toutes les séreuses ; il en recueillit deux dans le péritoine, une dans la veine iliaque interne.

Depuis cette époque déjà reculée, les observations de néoplasie épithéliale primitive des séreuses sont sinon nombreuses, du moins assez fréquentes. On trouve trois cas de cancer primitif du péritoine dans l'atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier, un dans celui de Lancereaux (1870) ; Fournaise soutient une thèse sur l'*Etude clinique des affections dites cancéreuses du péritoine* (Paris 1872), Marquis une autre sur le *cancer primitif du péritoine* (Paris 1873), Chuquet une troisième sur le *cancer généralisé du péritoine* (Paris 1879). Richard Schulz publie en 1876 (Arch. der Heilkunde, T. XVII) une observation remarquable ; les nodosités endothéliales occupent la cavité abdominale, les plèvres et le péricarde. Citons encore une observation de Lancereaux (Archives générales de Mé-

decine 1878) et la thèse de Camus, *Etude des néoplasies primitives du grand épiploon* (Paris 1892). Dans cette dernière thèse, Camus, consigne et commente l'observation de son maître Lancereaux et celle de Richard Schulz ; il rappelle également les deux observations de Ch. Robin qui ont trait à des endothéliomes peritonéaux ; mais il ne donne pas d'indication bibliographique pour ces deux cas et semble en faire des tumeurs du grand épiploon, alors que Robin dit les avoir observées sur le péritoine hypogastrique.

Mais dans toutes ces observations, de quelles tumeurs s'agit-il? De carcinomes, primitivement développés aux dépens d'une séreuse, il est vrai, mais non de l'épithélioma des séreuses, tel que l'avait défini Robin. Les cas cités par Robin (1) et relevés par Camus, sont les seules tumeurs que nous ayons à considérer ici, puisqu'elles ont servi de types au genre dans lequel nous faisons rentrer notre propre cas. Ce sont au contraire des endothéliomes développés aux dépens de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques que

(1) Journal de l'Anatomie et de la physiologie de Ch. Robin, 1869. (sur l'épithelioma des séreuses)

l'on trouve dans l'observation de Richard Schulz et dans celle de Lancereaux.

Dans cet historique rapide, nous voyons figurer des épithéliomes de l'arachnoïde, du péritoine, des veines ; nous ne trouvons nulle part d'observation d'épithéliome de la séreuse vaginale. Est-ce parce qu'on néglige trop généralement d'ouvrir le scrotum dans le cours des autopsies et d'examiner les organes qu'il contient ? Remarquons qu'il y a dans l'organisme d'autres séreuses plus accessibles que la tunique vaginale et dont les lésions attirent plus vivement l'attention du malade ou du médecin ; nous voulons parler des gaines synoviales, des séreuses articulaires et des bourses séreuses ; on ne connaît cependant pas d'observation indiscutable de dégénérescence primitive des deux premières ; quant aux dernières on ne les a vu devenir cancéreuses que deux fois (Dollinger, Ranke) et n'est-ce encore qu'à la suite, dans les deux cas, d'hygromas fistuleux ; il s'agissait non d'épithéliome de la séreuse, mais d'épithéliome des anciens trajets fistuleux.

Nous pensons donc que si l'épithélioma primitif des séreuses en général est rare, celui de la tunique vaginale en particulier est exceptionnel.

Nous verrons dans le cours de ce travail qu'en rapprochant de cette production pathologique, certains papillomes de la surface de l'ovaire et certaines formes d'hydrocèle, la classe créée par Robin s'enrichit de faits nombreux et de constatation courante.

Quoi qu'il en soit, notre observation, nous la croyons unique, et c'est comme une primeur que nous l'apportons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chez la malade de M. Reclus, au moment où l'opérateur ouvrit la vaginale, il s'en échappa 150 grammes environ d'un liquide limpide, citrin. Le liquide écoulé et la vaginale plus largement incisée, on aperçut les deux feuillets de la séreuse recouverts de végétations rosées, à l'aspect framboisé, dont le volume variait de celui d'une grosse tête d'épingle à celui d'un petit pois. Ces végétations étaient surtout confluentes en bas et en dehors, occupant d'ailleurs en ce point, aussi bien le feuillet viscéral que le feuillet pariétal. Toutes étaient sessiles ou implantées par un large pédicule. La séreuse, dans l'intervalle des végétations, présentait une épaisseur plus grande qu'à l'état normal. (1)

---

(1) Voir la planche, page 61.

Cette description macroscopique n'offre aucun caractère saillant, remarquable, particulier à notre cas ; elle est banale ; nous la retrouverons, en termes presque identiques, dans toutes les observations des auteurs qui ont rencontré des tumeurs épithéliales des séreuses en général, du péritoine en particulier, quel qu'ait été d'ailleurs le genre de ces tumeurs. Nous retrouvons dans la vaginale ce que l'on a décrit pour d'autres régions et c'est tout. Partout nous retrouvons les nodosités disséminées ou groupées, lenticulaires ou marronnées, varioliformes (Lancereaux), semblables à des condylomes pointus (Richard Schulz), sessiles ou pédiculées, d'un gris blanchâtre à l'autopsie, variant du volume d'une petite tête d'épingle à celui d'un petit pois et même d'un œuf, généralement accompagnées d'un léger épaississement de la membrane séreuse. Dans la plupart des cas on rencontre aussi de l'épanchement, généralement clair, quelquefois plus ou moins hématique, dans la cavité séreuse intéressée.

L'examen microscopique de nos tumeurs revèle des détails autrement intéressants et, à l'encontre des caractères macroscopiques, tout à fait particuliers.

Nous relevons dans cet examen histologique trois ordres de lésions : des *productions papillaires*, des *invaginations épithéliales* et une *structure anormale de la séreuse*, dans les points où cette membrane ne présente ni végétation, ni boyaux épithéliaux.

Les productions papillaires constituent la charpente des nodosités framboisés ; on voit là des végétations épithélioïdes groupées sur des pédicules vasculaires très grêles. Au voisinage immédiat des nodosités, des papilles plus petites soulèvent l'épithélium altéré de la séreuse.

Dans l'épaisseur des papilles volumineuses qui constituent les nodosités, « l'épithélium superficiel s'est invaginé et a proliféré, souvent en plusieurs points à la fois, de la périphérie de la nodosité. Prenons un de ces points isolés ; il constitue un follicule néoplasique dont le centre correspond à l'axe de l'invagination épithéliale, axe d'où partent une série de travées formées de cellules volumineuses à gros noyaux disposés en tubes incomplètement développés. Un certain nombre de ces tubes, à la périphérie du follicule se creusent et deviennent de petits kystes tapissés de cellules prismatiques et contenant un liquide clair. Sur les plus volumi-

neux de ces follicules, le centre se modifie et se sclérose alors que la périphérie continue à végéter, suivant le processus connu des épithéliomas glandulaires.

« Dans l'intervalle des nodosités, la séreuse est épaissie et présente un revêtement de cellules prismatiques élargies à leur extrémité libre, à noyaux sphériques volumineux, multinucléés, au lieu de l'endothélium plat normal. Au voisinage immédiat des nodosités, ces éléments reposent sur plusieurs assises de cellules polygonales tassées; et le tout ne forme pas une nappe uniforme, mais un plan irrégulier, l'epithélium étant soulevé par des saillies conjonctivo-vasculaires, à forme de papilles ébauchées » (1). Le testicule et l'épididyme sont indemnes de lésions épithéliales.

Enfin les deux éléments, formations papillaires et invaginations épithéliales, se mêlent dans des proportions variables selon les points; cela est surtout remarquable pour le feuillet qui recouvre le testicule; sur certaines coupes au niveau de cet organe, on voit les « bourgeons de la séreuse gagner

(1) Voir l'Observation.

dans son épaisseur, y former des kystes étalés entre les feuillets conjonctifs, larges et plats par conséquent » ; sur d'autres coupes, au contraire, c'est la forme papillaire qui domine.

Nous nous trouvons donc en présence d'un épithéliome pur de la séreuse ; en aucun point nous ne constatons cette diffusion au loin, en dehors des tubes épithéliaux crevés, des cellules épithéliales qui caractérise le carcinome.

Si maintenant nous rapprochons de la description précédente, celle que donne Ch. Robin (1) de l'épithélium des séreuses, nous sommes frappés de la similitude des lésions : « Quand on examine, dit-il, la texture de ces tumeurs, on les trouve constituées par des masses épithéliales dont les éléments sont pour la plupart disposés en globes épidermiques à couches concentriques, réunis en groupes des lobules, qui séparent des cloisons souvent fort minces de tissu lamineux et fibreux, plus ou moins vasculaires. Ce dernier tissu qui forme parfois la plus grande partie du centre du pédicule

---

(1) Ch. Robin et Cadiat. — Dictionnaire des sciences médicales, 1881. Art. *Séreux* (système), page 338. — Ch. Robin. Loc. cit.

de ces produits, ne compose que la plus petite portion de la masse morbide et de beaucoup. Une mince couche de ce même tissu existe presque toujours à la surface de la tumeur et un assez grand nombre de vaisseaux la parcourt et s'enfonce dans l'épaisseur de son tissu, en suivant les cloisons précédentes. » Cette description s'appliquait surtout aux épithéliomes des séreuses intra-crâniennes; mais Ch. Robin montra qu'il en était ainsi non seulement pour l'arachnoïde, mais encore pour toutes les séreuses en s'appuyant sur l'examen de tumeurs analogues recueillies dans le péritoine et dans la veine iliaque interne.

Notre observation rentre d'une façon indiscutable dans le cadre des tumeurs ainsi décrites par Ch. Robin. Dans notre cas il s'agit d'invaginations épithéliales avec tendance aux formations kystiques; dans sa description il s'agit d'invaginations épithéliales avec apparition de globes épidermiques. Nous savons que ce sont là deux manifestations d'un même processus, deux espèces d'un genre unique, l'épithéliome.

Nous serions en peine de citer, en dehors de notre cas et de ceux que rapporte Ch. Robin, une autre observation relative aux tumeurs de ce

genre. Nous avons déjà fait remarquer, dans le chapitre précédent, que les observations de tumeurs épithéliales primitives des séreuses que nous avons retrouvées, se rapportent tous à des carcinomes et ne sauraient nous intéresser. En effet, c'est d'abord l'observation de M. Lancereaux, (Atlas d'anatomie pathologique 1870) qui décrit un cancer du péritoine et que l'auteur fait suivre des considérations suivantes : « Force nous est de reconnaître que le péritoine n'échappe à aucune des formes du carcinome... carcinome encéphaloïde..., squirrhe..., carcinome colloïde, forme carcinomateuse primitive en quelque sorte spéciale au péritoine... Quant à l'épithéliome, il n'affecta que peu ou pas le péritoine, et cette circonstance indique, ce me semble, une différence entre le revêtement des membranes muqueuses et celui des membranes séreuses, ce qu'admettent du reste aujourd'hui la plupart des histologistes, qui désignent ce dernier sous le nom d'endothélium ». Une telle conclusion, portée quinze ans après les premières recherches de Robin, n'est pas sans nous surprendre.

C'est ensuite la thèse de Camus qui, réunissant ce qu'il a pu trouver d'observations sur les endo-

théliomes du grand épiploon, nous en rapporte quatre ; deux se rapportent à des endothéliomes développés aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques du grand épiploon ; elles sont dues à Richard Schulz et à Lancereaux ; les deux autres, nous l'avons déjà dit, ne sont autres que celles de Ch. Robin.

C'est donc ailleurs que nous devons chercher des formes néoplasiques semblables à la nôtre et nous les rencontrons dans certaines tumeurs qui, dans des conditions particulières, se développent à la surface de l'ovaire. Ces tumeurs affectent également la forme papillaire et sont pénétrées de tubes tapissés d'épithélium cylindrique, renflés à leur extrémité, simples ou ramifiés. Ces mêmes tubes s'observent en dehors des végétations et s'enfoncent dans les couches sous-jacentes à la séreuse, à la manière des glandes de Lieberkuhn dans les parois intestinales. La première disposition des tubes épithéliaux a fait improprement donner à ces néoplasmes le nom de *papillomes*, la seconde la dénomination non moins impropre d'*adénome*, adénome cylindrique des allemands.

Les papillomes et les adénomes peuvent accompagner toutes les autres tumeurs de l'ovaire ;

mais c'est surtout dans les cystoépithéliomes, qu'on le rencontre, soit à la surface interne de leur paroi, soit à leur surface externe de leur paroi. Les kystes de l'ovaire qui présentent des végétations papillaires ont été dénommés *kystes prolifèrants papillaires* par Waldeyer, et ceux qui se distinguent par des productions adénomateuses ont été dits *kystes prolifèrants glandulaires*, par le même auteur. Mais qu'il s'agisse de kystes prolifèrants *papillaires* ou *glandulaires*, le processus de prolifération est le même : « Dans l'un, dit Quénu, celle-ci se fait à la profondeur : dans l'autre, elle se fait à la surface. Le néoplasme est toujours composé de deux éléments ; un élément épithélial, un élément conjonctif. Sa physionomie est subordonnée à la prédominance de vitalité de l'un ou de l'autre. » Aussi n'y a-t-il pas lieu d'accepter la division proposée par Waldeyer ; c'est également l'opinion de Malassez et de de Sinéty.

Les productions épithéliales de la surface de l'ovaire sont en général secondaires ; mais elles peuvent être primitives. Waldeyer a décrit sur le nom de cancer diffus de l'ovaire, une lésion cactérisée par des amas kystiques d'épithélium

cylindrique ; malgré sa dénomination de cancer, cette lésion doit être rapprochée des papillomes et des tumeurs épithélioïdes. M. Ranvier a montré en 1867 à la Société anatomique, que des kystes peuvent se développer dans les bourgeons épithéliaux d'un épithélioma de l'ovaire. M. Terrier a présenté à la Société de chirurgie en 1878 un épithélioma myxoïde des deux ovaires développé chez une jeune fille de vingt-cinq ans.

Ne retrouvons-nous pas là des néoplasmes en tout semblables à celui que nous étudions et aux épithéliomas des séreuses de Ch. Robin ?

En outre, dans l'intervalle de production épithéliale de la surface de l'ovaire, on voit que l'épithélium n'est plus l'épithélium plat péritonéal normal, mais un épithélium cubique, un épithélium altéré ; à la face interne des kystes, c'est un épithélium cylindrique, sous lequel Malassez et de Sinéty ont montré l'existense d'une couche endothéliale.

Enfin les caractères macroscopiques de ces tumeurs sont ceux que nous avons observés dans notre cas. Ces végétations sont plus ou moins frangées, de coloration gris blanchâtre et peu vasculaires, donnent à la surface externe du

kyste un aspect chagriné, villeux ; elles sont groupées en masses ou disséminées sur cette surface, sessibles ou pédiculées ; elles coïncident souvent avec l'ascite. Celles qui occupent la surface interne de la paroi des kystes présentent le même aspect mameloné, papillaire, en choux-fleurs. Elles sont beaucoup plus fréquentes que sur la face externe : quand elles existent en grand nombre, elles répondent aux *kystes prolifèrants* de Cruvelhier. Leur développement peut être tel qu'elles remplissent complètement les cavités kystiques et simulent une tumeur solide.

Pour être exacts, constatons que dans certains cas, c'est le stroma conjonctif qui se développe outre mesure ; les végétations intra et extra kystiques sont alors en majeure partie composées de tissus fibreux, fibro-sarcomateux et muqueux, ; elles peuvent être munies d'un appareil vasculaire complet et se rapprochent alors des véritables papillomes. Sur la face externe des kystes, c'est même surtout de productions sarcomatiques qu'il s'agit, ainsi que l'a fait ressortir M. Tresfort (Société anatomique, 1874).

Nous devons relever un aspect très particulier que peuvent offrir les végétations périkystiques.

« Parfois, l'aspect des végétations périkystiques est très différent ; ce sont des granulations vésiculeuses qui rappellent le frai de grenouille et qui sont comme semées à la surface du kyste et même en d'autres points de la surface péritonéale. Dans certains cas, cette substance gélatiniforme constitue la plus grande partie de la tumeur. Parfois son abondance est vraiment excesside. Elle remplit alors la cavité du péritoine et lorsque le kyste vient à se rompre, elle s'insinue entre tous les viscères. Chez les malades que l'on opèrent dans ces conditions, on voit s'écouler à l'ouverture du ventre de véritables flots de substance gélatineuse analogue à de la gelée de pomme. » (1)

Rapprochons de ces faits les cas de Chaumet, Lisfranc, Reclus, qui tous trois ont observé des hydrocèles gélatineuses : à la ponction rien ne s'écoule par le trocart ; le chirurgien incise largement et « trouve la vaginale distendue par une masse solide, transparente, tremblotante,

---

(1). Second. *Traité de Chirurgie.* Duplay et Reclus. T. VIII, page 624.

semblable à de la gelée au kirch « ou bien une substance épaisse et onctueuse « qui se convertissait en une véritable gelée, à mesure qu'elle tombait dans le bassin destiné à la recevoir ». Le rapprochement s'impose ; M. Reclus n'a pu s'empêcher de le faire : « C'est dans la vaginale elle-même que l'on trouve la masse colloïde semblable à celle des kystes de l'ovaire » (1).

« Faut-il admettre, se demande M. Reclus, que par suite d'un long séjour du liquide dans la séreuse, il s'y est formé de la paralbumine qui en rend possible la coagulation ? » M. Reclus ne conclut pas. Il nous semble qu'il serait infiniment plus raisonnable d'attribuer à deux lésions semblables, l'une de la séreuse ovarienne, l'autre de la tunique vaginale, une origine semblable. Il est évident, pour les tumeurs de l'ovaire, que leur aspect gélatiniforme tient simplement au développement exagéré du nombre et du volume des tubes invaginés, des kystes qu'ils forment et de la quantité des sécrétions de ces kystes. Pourquoi cette explication valable pour les tumeurs gélati-

---

(1). Reclus. *Traité de Chirurgie.* Duplay et Reclus. T. VIII, page 35.

neuses ovariennes, ne le seraient-elles pas pour les hydrocèles gélatineuses ? D'ailleurs on connaît aujourd'hui la valeur des hypothèses tirées de considérations d'ordre chimique appliquées à l'évolution des tissus.

Quoiqu'il en soit, nous constatons que la pathogénie de l'hydrocèle gélatineuse est profondément inconnue ; nous offrons notre explication pathogénique, purement hypothétique d'ailleurs, mais au moins fort vraisemblable ; un argument décisif nous manque, nous voulons parler des observations.

Cependant il existe quelques observations de kystes de la vaginale. M. Reclus (1) rapporte les cas de Kraske, Cramer, Lasser, Steinthal. Dans le cas de Kraske « la séreuse était distendue par un épanchement modéré où, en avant même de la vaginale, attenant à elle, et sous l'enveloppe scrotale se pressaient une trentaine de poches juxtaposées ; une sérosité translucide les remplissait. Lésions semblables du côté de la bourse gauche ; mais ici les cavités kystiques étaient de moindre

(1) Reclus. Traité de chirurgie. Reclus et Duplay, T. VIII, page 32.

volume. » Les faits de Cramer et Lesser sont à peuprèssemblables. Dans les deux observations de Steinthal, « la vaginale ouverte, on découvrit, dans le fond, une masse composée de plusieurs petits kystes dont les plus gros avaient le volume d'un noyau de cerise ; ils renfermaient un liquide clair et blanchâtre ; ils étaient formés d'une couche d'endothélium très fin. » S'agit-il là, comme le pense l'auteur, de cavités ayant pour origine une dilatation des lymphatiques déterminée par un processus inflammatoire quelconque? Faut-il voir au contraire dans ces cavités des kystes d'origine épithéliale en évolution? Là encore nous donnons notre hypothèse pour ce qu'elle vaut ; on reconnaîtra encore avec nous que la genèse de ces kystes de la vaginale est des plus obscures.

Poussés par un dernier scrupule, nous avons cherché si, faute d'examen direct de la vaginale, on aurait au moins rencontré parmi les corps étrangers retirés de la séreuse, des fragments de tumeur ayant des rapports avec l'épithélioma qui nous occupe : nous n'avons rien trouvé.

ETIOLOGIE

Ce chapitre sera forcément très court. Nous ne prétendons pas ici discuter sur les causes immédiates de la néoplasie épithéliale ; peu nous importe, dans le cas particulier l'origine des épithéliomas en général.

Nous n'avons d'autre part qu'une observation. Incriminerons-nous l'âge, le tempérament et les autres causes qui passent pour prédisposer aux dégénérescences cancéreuses ? Disons seulement que notre malade avait 65 ans et qu'il jouissait d'autre part d'une bonne santé générale.

Une particularité cependant le distinguait ; l'affection portait sur la vaginale gauche et le testicule droit était en ectopie inguinale. Cette anomalie de développement à droite, n'allait peut-être pas sans une prédisposition embryonnaire aux anomalies dans l'évolution des tissus de la glande

sensuelle gauche ; on peut penser que la difformité qui siégeait à droite, était là comme un témoin d'un trouble dans le développement comme dans la migration des glandes séminales.

Enfin le malade avait fait une chute quelque temps avant que son attention fut appelée par l'affection de son testicule gauche ; mais le traumatisme avait porté sur l'épaule gauche et non sur les bourses.

Aussi laissons-nous à qui voudra le soin de déterminer la part prise par cette chute sur le développement de l'épithéliome.

PATHOGÉNIE

La pathogénie présente un plus grand intérêt.

Et tout d'abord, c'est un fait acquis que le revêtement endothélial des séreuses, bien que dérivant du mésoderme produit des endothéliomes en tous points comparables aux épithéliomes développés sur les les organes dérivés de l'endoderme. Aussi n'est-ce pas là le point sur lequel nous voulons insister ; nous voulons montrer que des productions anormales identiques se produisent chez l'adulte sur des organes originairement identiques chez l'embryon.

Nous savons en effet que, dès la fin du premier mois de la vie intra-utérine, on rencontre sur le bord interne du corps de Wolff une saillie blanchâtre, qui par son développement ultérieur deviendra la glande sexuelle, ovaire ou testicule. De la cinquième à la sixième semaine, la glande géni-

tale n'est représentée que par cette saillie blanchâtre à direction longitudinale, c'est-à-dire, parallèle à l'axe du corps et jusqu'ici la fin du deuxième mois, cet organe ne présente pas de caractère qui puisse faire reconnaître s'il donnera naissance à un ovaire ou à un testicule. A ce moment, si c'est un testicule qui doit se développer, on voit l'épithélium germinatif donner naissance par invagination aux tubes de Pflüger mâles qui s'enfoncent dans le stroma sous-jaçent et deviendront les ampoules spermatiques et les canalicules séminifères. Si au contraire c'est un ovaire qui va se former, le même épithélium germinatif, par un processus analogue, prolifère sous forme de bourgeons multiples, tubes de Pfluger femelles, qui deviendront les follicules primordiaux et les follicules de Graaf (1). Plus tard, au moment de leur migration, l'ovaire entraine avec lui dans le petit bassin et le testicule avec lui dans les bourses, la région du péritoine qui leur a donné naissance, c'est-à-dirc, l'ancien épithélium germinatif d'où ils sont issus.

---

(1) Hertwig. Traité d'Embryologie. Traduction de Charles Julin, 1891.

Or, que savons-nous sur la pathogénie des cysto-épithéliomes de l'ovaire et des végétations épithéliales que l'on rencontre sur les faces interne et externe de leur paroi ?

Waldeyer place l'origine des cysto-épithéliomes « dans les masses épithéliales arrondies ou allongées en tubes qui, dans de jeunes ovaires, sont les précurseurs des follicules. » Il admet comme conséquence de cette proposition le début du néoplasme chez de très jeunes sujets ou le développement tardif de tubes embryonnaires de l'ovaire ; Malassez et de Sinéty estiment, avec Waldeyer, que « l'épithélium germinatif est l'origine la plus fréquente des cysto-épithéliomes, si ce n'est la seule. » La plupart des auteurs se rangent à cet avis.

Sous une influence qui reste à déterminer, le tube épithélial primitif prolifère, s'oblitère à son orifice ; un kyste par rétention est formé. C'est là la genèse du kyste primaire.

La genèse des kystes accessoires, secondaires, tertiaires, etc., s'explique par un mécanisme analogue ; leur pathogénique repose toute entière sur l'observation de formations tubulaires qui, nées de la couche épithéliale intrakystique, pénètrent

soit dans les parois kystiques, soit dans les végétations qui souvent recouvrent ces parois (1).

Cette genèse des cysto-épitheliomes à grand volume et des formations tubulaires intra-kystiques, est aussi celle des formations semblables extra-kystiques. C'est également aux dépens de l'épithélium germinatif que se développent, par le même mécanisme, les végétations que l'on rencontre sur la face externe des kystes. Leur évolution est la même et nous voyons le contenu des kystes de l'ovaire ressembler souvent à la gélatine, à la gelée de pommes que l'on signale dans certains cas au terme de l'évolution des végétations extra kystiques.

Le testicule, au même titre que l'ovaire, conserve ses rapports embryonnaires avec son épithélium germinatif ; celui-ci, il est vrai, ne manifeste pas sa présence par des réactions néoplasiques aussi souvent que celui de l'ovaire, mais serait-ce là une raison pour refuser à l'épithélium germinatif du testicule ce que l'on accorde si facilement et à juste titre à celui de l'ovaire ? Le parallèle entre les éléments des deux glandes sémina-

---

(1) Segond (loc. cit.).

les et leurs altérations pathologiques doit être poussé plus loin et nous ne croyons pas faire fausse route en le poursuivant.

Nous dirons en conséquence que l'épithélioma primitif de la vaginale, tel au moins qu'il s'est présenté à nous, reconnaît pour point de départ l'épithélium germinatif ; que cet épithélium a anormalement manifesté chez l'adulte sa propriété de produire des tubes épithéliaux ou bien que des tubes épithéliaux anormalement dérivés de l'épithélium germinatif après le 3e mois de la vie embryonnaire ou pendant le jeune âge se sont mis, sous une influence inconnue, à proliférer, chez l'adulte ; peut-être encore tous les tubes épitheliaux ont-ils commencé leur invagination, au même moment, mais tandis que la plupart proliféraient pour donner les canicules séminifères, d'autres sont restés à leur stade de début et n'ont repris leur évolution que chez l'adulte, mais alors d'une manière anormale.

Que l'on ne nous objecte pas que tous les points de la vaginale ont proliféré et non seulement le feuillet viscéral, vestige le plus direct de l'épithélium germinatif ; à cette objection nous répondrions en renvoyant aux observations qui nous

montrent les végétations « comme semées à la surface du kyste de l'ovaire et même en d'autres points du péritoine ».

En résumé, de l'origine embryonnaire identique des deux glandes, ovaire et testicule, nous concluons à l'identité des lésions dégénératives, épithéliales de leur séreuse, et, cette proposition avancée, nous ne reculons devant aucune de ses conséquences.

SYMPTOMES

La symptomatologie sera courte. Nous n'avons pour l'établir que notre unique observation.

Les symptômes sont localement ceux de l'hydrocèle chronique banale: téguments sains, tumeur régulière, à surface lisse, dont la forme dépend uniquement de celle de la cavité vaginale. Cependant si les végétations acquièrent un volume un peu considérable, il sera possible dans certains cas de constater, outre la « côte » dure que forme le testicule en arrière et en bas, un ou plusieurs points donnant au doigt la sensation d'un noyau dur, sans résistance, perdu au milieu des parties voisines nettements fluctuantes.

La transparence existait dans notre cas et doit être la règle ; nous ne voyons pas en effet les excroissances analogues de l'ovaire provoquer des épanchements intra-péritonéaux hématiques, mais

toujours, ou presque toujours, du liquide ascitique séreux plus ou moins teinté en jaune. — Un noyau volumineux peut montrer un point opaque dans le champ clair du stéthoscope.

Le cordon, la prostate, les vésicules séminales sont sains.

Les symptômes fonctionnels dépendent uniquement du volume de l'hydrocèle. Cependant dans notre observation nous notons des douleurs coïncidant avec le début présumé de l'affection ; mais elles se faisaient sentir dans l'aine du côté droit.

Les symptômes généraux sont nuls ; pas de retentissement ganglionnaire, pas d'amaigrissement pas de troubles digestifs, pas de métastase épithéliale viscérale.

La marche de l'affection présente tous les caractères de la bénignité. Elle débute d'une façon banale, évolue d'une façon plus banale encore jusqu'au moment où le malade vient demander au chirurgien de le débarrasser de la tumeur qu'il porte.

N'oublions pas cependant que les formations tubulaires de l'ovaire peuvent prendre les caractères de la dégénération carcinomateuse observée

par Coblenz, Flaischlen, Cohn, et ce dernier nous dit que « les kystes ainsi dégénérés, ne le cèdent en rien comme malignité à aucun cancer. »

Ajoutons que dans les cas d'hydrocèle gélatineuse dont nous avons parlé, la ponction et l'incision ont seules permis de faire le diagnostic de la nature du contenu de la tunique vaginale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hydrocèle ne présentera aucune difficulté. Mais en l'absence de tout signe positif différentiel, de tout antécédent uréthral, prostatique, épididymaire, ou testiculaire, on rangera, comme on l'a sans doute fait bien des fois jusqu'à présent, cette hydrocèle parmi les hydrocèles séreuses chroniques. Aussi l'épithélioma primitif de la séreuse, faute de symptômes « proclamés », passera-t-il inaperçu si l'on se borne à la ponction, ou sera-t-il découvert seulement pendant la cure radicale de l'hydrocèle.

Les bosselures que la palpation pourra révéler à la surface de la tumeur rénitente, pas plus d'ailleurs que l'opacité limitée perçue à la lumière transmise ne permettent le diagnostic. Ne suffit-il pas de la présence sur les parois de la vaginale hydropique de néo-membranes, de tractus, de

plaques fibreuses pour donner les mêmes symptômes ?

Cependant il faut poser le diagnostic ; il s'agit d'épithélioma ; la dégénérescence cancéreuse est possible, fut-elle exceptionnelle. Le diagnostic ne peut se faire que par l'incision et nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour affirmer, après tant d'autres, l'infériorité sur la cure radicale, employée dans tous les cas, de la ponction qui, trop souvent douloureuse et sans efficacité pour le malade, s'oppose à l'acquisition de toute connaissance nouvelle sur l'étiologie de l'hydrocèle. Hâtons-nous d'ajouter que le malade ne peut jamais que retirer le plus grand profit de cette investigation systématique et instructive.

Une fois la poche liquide incisée, l'aspect de la séreuse parsemée de bourgeons rosés, framboisés, durs, attirera suffisamment l'attention du chirurgien pour qu'il ne laisse pas passer inaperçue une lésion d'aspect si peu banal.

PRONOSTIC

Chez l'opéré de M. Rèclus, l'intervention remontant seulement à une cinquantaine de jours, il nous est difficile de parler de l'avenir de l'affection. Cependant le pronostic semble devoir être généralement bénin : il s'agit dans l'espèce d'une tumeur aux allures bénignes dans sa marche ; mais nous avons déjà fait remarquer qu'une dégénérescence cancéreuse, avec toutes ses conséquences, peut survenir et assombrir considérablement le pronostic. Disons que le pronostic est favorable, avec une réserve pour les cas très rares certainement où se montre le carcinome.

TRAITEMENT

Du moment que le diagnostic est posé, du moment que le cancer est possible par la nature même de l'affection, aucune hésitation ne saurait être permise. La castration s'impose.

Si l'affection est unilatérale, cette intervention radicale ne souffre aucune difficulté ; si elle est bilatérale, la castration double peut offrir comme toujours de graves inconvénients et l'on connaît les troubles psychiques consécutifs à cette mutilation. Cependant, laisser au malade l'illusion de la présence de ses testicules au prix d'une opération incomplète, serait une conduite peu prudente. Le cordon lui-même peut-être atteint ; nous voyons dans notre observation que la partie de la vaginale qui tapisse l'extrémité inférieure de cet organe présente elle aussi des bourgeons épithéliaux.

CONCLUSIONS

1°. — L'observation que nous présentons, à moins que nos recherches bibliographiques aient été insuffisantes, est unique.

2°. *a.* — Les tumeurs de la tunique vaginale qui y sont décrites, rentrent dans la classe des épithéliomas des séreuses, classe créée en 1852 par Ch. Robin et dont l'étude a trop été négligée depuis.

b. — Il n'y a, en anatomie pathologique, que certaines tumeurs improprement appelées papillomes ou adénomes de l'ovaire, dont la structure soit entièrement comparable à celle des tumeurs que nous étudions.

c. — Il y a lieu d'établir un parallèle entre ces végétations épithéliales de la surface de l'ovaire et nos tumeurs de la vaginale.

De part et d'autre, nous constatons : même

structure, même constitution histologique ; aussi, ne craignons-nous pas d'ajouter, sans preuve indiscutable, il est vrai, mais non sans quelque apparence de raison : même origine aux dépens de l'épithélium germinatif — même évolution ; et nous raprochons des kystes gélatineux, développés aux dépens du péritoine ovarien et périovarien, les hydrocèles gélaniteuses, à pathogénie inconnue, développées aux dépens de la séreuse vaginale.

d. — Par définition, les cysto-épithéliomes de l'ovaire, devraient rentrer dans la classe des épithéliomas des séreuses.

3°. — L'étiologie de ces tumeurs reste obscure.

4°. — Ces tumeurs de la vaginale n'ont pas de symptomatologie propre ; elles traduisent leur présence par le symptôme banal « hydrocèle chronique. »

5°. — Le diagnostic de cette affection, en raison de la nature épithéliale de la tumeur, doit être fait ; il ne peut être fait que par l'incision large de la séreuse, premier temps de la cure radicale.

Nous apportons un argument de plus aux promoteurs de la cure radicale dans toutes les hy-

drocèles chroniques, quelles que soient les présomptions au sujet de leur nature.

6°. — Le pronostic semble bénin ; on doit être en garde cependant contre une dégénérescence carcinomateuse, vraisemblablement exceptionnelle, mais possible.

7°. — Du paragraphe précédent, il découle qu'un traitement radical est seul logique dans l'espèce ; on pratiquera la castration.

OBSERVATION

Épithélioma primitif de la tunique vaginale (service du docteur Reclus. Observation recueillie par M. Cange, interne du service).

Cos..... Augustin, âgé de soixante-cinq ans, coupeur en chaussures. Entré le 24 mai 1895, salle Broca, lit n° 1.

Le malade vient réclamer des soins pour une tumeur des bourses, du côté gauche, ayant tous les caratères d'une hydrocèle.

L'hydrocèle est du volume d'un gros citron ; elle est régulière, présente la disposition dite en calebasse, donne à la palpation, une sensation de résistance et de fluctuation des plus manifestes. Elle est absolument indolore; à sa partie postérieure et interne cependant, une sensation douloureuse réveillée par la pression, décéle la présence du testicule en ce point.

La transparence existe très nette à la partie anté-

rieure et à la partie moyenne de la tumeur, mais manque complètement à la partie postérieure.

L'examen du cordon, de la prostate et des vésicules séminales est négatif : pas de ganglions inguinaux, tuméfiés ou douloureux ; les poumons sont sains.

L'état général est bon, pas d'amaigrissement.

L'interrogatoire nous fait obtenir les renseignements suivants : c'est à la fin du mois de janvier 1895, le malade a fait une chute sur l'épaule gauche. A peu près à la même époque, sans que le coup ait porté sur les bourses, la partie gauche a commencé à grossir ; elle a grossi progressivement, pour atteindre en définitive le volume actuel : au début, le malade a éprouvé des douleurs assez vives dans la région inguinale droite.

Dans les antécédents héréditaires du malade, nous notons un père alcoolique, mort à l'asile d'aliénés de Vaucluse, une mère, un frère et une sœur morts phthisiques.

Lui-même a toujours joui d'une bonne santé ; il est atteint d'une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire inguinale du même côté ; cette affection l'a fait réformer au conseil de revision. Il a été déjà soigné à la Pitié en 1892 pour une adénite ascillaire suppurée consécutive à une plaie du doigt.

Pas de syphilis, pas d'orchites, pas de blennorrhagie antérieure.

On porte le diagnostic d'hydrocèle et on propose la cure radicale, qui est acceptée par le malade.

Opération le 28 mai 1895. Anesthésie cocaïnique. L'incision du scrotum absolument indolente conduit sur la vaginale qui est disséquée sur une grande partie de sa face antérieure, puis ponctionnée ; il en sort environ 150 grammes d'un liquide citrin ; on agrandit l'incision et on découvre la cavité de la vaginale.

Les deux feuillets de la séreuse sont recouverts de végétation légèrement rosées, d'aspect framboisé, dures, sessiles, de volume variant entre une grosse tête d'épingle et un pois, irrégulièrement distribuées à sa surface, plus particulièrement accumulées cependant en bas et en dehors de la cavité.

En présence de ces lésions, on pratique immédiatement la castration.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; le pansement et les fils ont été enlevés au huitième jour.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a été fait par M. le docteur Pilliet. Nous reproduisons la note que M. Pilliet a lui-même rédigé à ce sujet :

a. — Coupes au niveau de l'épididyme.

L'épididyme est couvert de bourgeons blancs et durs, dans l'intervalle desquels la séreuse est épaissie et présente un revêtement de cellules prismatiques, élargies à leur extrémité libre, à noyaux sphériques volumi-

neuses, multinucléées, au lieu de l'endothélium plat normal. Au voisinage immédiat des bourgeons, ces éléments reposent sur plusieurs assises de cellules polygonales tassées; et le tout ne forme pas une nappe uniforme, mais un plan irrégulier, l'épithélium étant soulevé par des saillies conjonctivo-vasculaires, à forme de papilles ébauchées.

Les bourgeons eux-mêmes sont constitués par des papilles plus volumineuses, mais dans lesquelles l'épithélium superficiel s'est invaginé et a proliféré, souvent en plusieurs points à la fois, de la périphérie du bourgeon.

Prenons un de ces points isolés, il constitue un follicule néoplasique dont le rentre correspond à l'axe de l'invagination épithéliale, axe d'où partent une série de travées formées de cellules volumineuses à gros noyau, disposées en tube incomplètement développés. Un certain nombre de ces tubes, à la périphérie du follicule se creusent et deviennent de petits kystes tapissés de cellules prismatiques. Sur les plus volumineux de ces follicules, le centre se modifie et se sclérose alors que la périphérie continue à végéter, suivant le processus connu des épithéliomas glandulaires.

Sous la séreuse ainsi envahie, on retrouve les tubes de l'épididyme intacts, avec leurs cellules ciliées en place.

b. — Coupes au niveau du testicule.

Elles ont été pratiquées en deux points différents et ont donné les mêmes résultats. Les bourgeons de la séreuse gagnant dans son épaisseur y forment des kystes étalés entre les feuillets conjonctifs larges et plats, par conséquent, tapissés de cellules prismatiques et contenant un liquide clair. Sur d'autres points, c'est la forme papillaire qui domine et les bourgeons de la vaginale sont formés de végétations épithéloïdes groupées sur des pédicules vasculaires très grêles. Le testicule sous-jacent est partout scléreux; beaucoup de tubes séminifères présentent de l'atrophie de leurs éléments avec épaississement correspondant de leur gaine lamelleuse. Les cellules interstitielles forment partout dans la glande des ilots très développés.

c. — Coupes au niveau du cordon.

La séreuse seule est prise et couverte de fins bourgeons. Les éléments du cordon sont intacts.

d. — Coupes de la vaginale seule.

Ces coupes ont porté sur un des bourgeons les plus volumineux. Il est composé par une quantité de follicules néoplasiques dont beaucoup sont nécrosés à leur centre.

En résumé :

Nous constatons que le point de départ du néoplasme est l'endothélium de la séreuse, proliféré et transformé.

Il donne naissance en même temps à des invaginations profondes aboutissant à des kystes et à des saillies papillaires, fait qui se retrouve dans un certain nombre de tumeurs de la *surface* de l'ovaire (papillomes, etc.). C'est, par définition, une forme de l'*épithélioma des séreuses*, créée par Ch. Robin et qui comprend une série d'espèces dans laquelle le papillome superficiel de l'ovaire pourrait aussi trouver sa place.



Épithélioma primitif de la séreuse vaginale

BIBLIOGRAPHIE

Ch. Robin. — Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1869. (Sur l'épithélioma des séreuses).

Dictionnaire des sciences médicales. — Art. Séreux (système.

Dictionnaire des sciences médicales. — Art. Ovaire).

Traité de Chirurgie. — Duplay et Reclus. Tome VIII.

Cruveilhier. — Atlas d'anatomie pathologique.

Lancereaux. — Atlas d'anatomie pathologique, 1870.

Ziegler. — Anatomie pathologique, 1889.

Coyne. — Traité élémentaire d'anatomie pathologique, 1893.

Cornil et Ranvier. — Traité d'histologie pathologique.

Fournaise. — Etude clinique sur les affections dites cancéreuses du péritoine (Thèse de Paris, 1872).

MARQUET. — Cancer primitif du péritoine (Thèse de Paris, 1873).

CHUQUET. — Cancer généralisé du péritoine (Thèse de Paris, 1879).

CAMUS. — Etude des néoplaises primitives du grand épiloon (Thèse de Paris, 1892).

O. HERTWPG. — Traité d'embryologie (Traduction de Ch. Julin, 1891).

Vu par le Président de la Thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD